

Redes de Salud (CP BID N°5032/OC-AR).

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE
ASEGURAMIENTO RAZONABLE SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS
CRITERIOS ACORDADOS CON EL PROGRAMA REDES DE SALUD PARA
LOS PROYECTOS JURISDICCIONALES DE INVERSIÓN (PJI) POR CADA
UNO DE LOS HITOS DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS.**

Auditoría Concurrente Redes de Salud

1. Antecedentes y Descripción del Programa.

1.1. Antecedentes.

1. Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (FEAPS)

Mediante la sanción del Decreto 1704/2008, el Poder Ejecutivo Nacional (PEN) aprobó el Convenio Préstamo N°1903/OC-AR suscripto entre la Nación Argentina y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a través del cual se financió el FEAPS (Programa REDEMIAR + REDES).

La finalidad del Programa consistió en impulsar, fortalecer y consolidar las redes de servicios públicos de salud de las jurisdicciones, adoptando el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y jerarquizando los Centros de Atención del Primer Nivel como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población vulnerable al sistema de salud. De este modo, se buscó contrarrestar la fragmentación de los sistemas de salud y contribuir a concretar la cobertura y el acceso universal, con una atención integral, integrada y continua, a través de la organización y gestión óptimas, entre otros factores.

Por otro lado, se enfocó en la promoción del cambio en el modelo de gestión y atención de la salud a fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas, en consonancia con lo establecido en la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

Para fortalecer las redes de atención, las jurisdicciones seleccionaron áreas geográficas que contemplaron al menos al 30% de la población mayor a 6 años con Cobertura Pública Exclusiva (CPE).

El proceso de identificación de la población elegible del Programa se definió a partir del empadronamiento, con la nominalización de población, y su asignación a un centro de salud del Primer Nivel de Atención con un equipo responsable de su cuidado (REDEMIAR+REDES, 2011). De esa manera, la fase inicial del Programa REDES, abarcó a 3.762.622 personas mayores de 6 años en el país, con un alcance de 1.789 efectores del primer nivel de atención (EPNA).

2. Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles - Primera Operación

En el año 2014, mediante la implementación del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, comenzó la segunda fase del Programa REDES, en la que se constituyó como Programa específico; financiado por el Convenio Préstamo n° 2788/OC-AR, aprobado por el PEN a través de la sanción del Decreto 418/2013.

En esa instancia, las jurisdicciones extendieron sus redes hasta abarcar al menos al 40% de la población mayor de 6 años con CPE (5.016.827 personas) y cubriendo 2.971 EPNA.

Se desarrollaron diversas líneas de acción complementarias a la fase inicial. Se estableció el reconocimiento a la necesidad e importancia de adaptar las competencias de los equipos de salud a los desafíos propuestos y para ello se promovió el diseño de planes de capacitación elaborados por los actores de las redes. Asimismo, se promovió la implementación de Guías de Práctica Clínica para todo el equipo de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) y se impulsaron estrategias comunicacionales en el marco de los Proyectos Jurisdiccionales. Otro eje relevante consistió en el acompañamiento de procesos de gestión clínica en los efectores del PNA, donde el Programa articuló con las jurisdicciones la conformación de equipos de apoyo a la microgestión. Este trabajo coordinado favoreció procesos de aprendizaje continuo en servicio y el abordaje conjunto y participativo de los problemas identificados, para mejorar el cuidado de la población objetivo y fortalecer la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las personas con ECNT.

3. Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles - Segunda Operación

En septiembre del año 2017, se inició la tercera fase del Programa REDES, a través de la Segunda Operación del Programa Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, financiada por el CP BID 3772/OC-AR, aprobado por el PEN mediante la sanción del Decreto 247/2017.

En esta fase, se concretó un nuevo aumento en el alcance de las redes para abordar el 70% de la población mayor de 6 años con CPE. Actualmente, el Programa, abarca a 10.125.165 personas mayores de 6 años con CPE y 3.924 EPNA.

Redes 3 estableció cambios para fortalecer la metodología de diagnóstico, formulación y seguimiento de los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI). Para ello, se desarrolló el Relevamiento de Monitoreo de RISS en el PNA en 3.072 efectores del país, con el objetivo principal de recabar de forma sistematizada, estandarizada y periódica la información referida a los principales procesos que involucran las RISS.

En cuanto a la implementación de los Proyectos, los mismos se estructuraron en tres ejes: (i) población a cargo y accesibilidad; (ii) coordinación del proceso de atención, centrado en la persona, familia y comunidad; y (iii) abordaje integral de diabetes e hipertensión.

Se contempló el despliegue de las redes jurisdiccionales, mejorando la accesibilidad a las mismas, y se impulsó la formulación e implementación de una Guía de Servicios de Red, como una herramienta estratégica para favorecer la accesibilidad garantizando la disponibilidad de información práctica, clara y precisa acerca de la oferta y el funcionamiento de los servicios de salud de las jurisdicciones, así como de los canales o circuitos disponibles para acceder a una atención continua y de calidad.

4. Ampliación REDES - Proyecto de Respuesta Inmediata de Salud Pública en el Marco de Pandemia COVID-19 para Contener, Controlar y Mitigar su Efecto en la Prestación de Servicios de Salud en Argentina (CP BID N° 5032/OC-AR)

El 31 de julio de 2020 mediante el Decreto PEN N° 640/2020 se aprobó el modelo de Contrato de Préstamo a suscribir entre la República Argentina y el BID, para la ejecución del “Proyecto de Respuesta Inmediata de Salud Pública en el Marco de Pandemia COVID-19 para Contener, Controlar y Mitigar su Efecto en la Prestación de Servicios de Salud en Argentina”, en adelante Proyecto; el cual fue suscripto el 2 de septiembre de 2020.

El Proyecto, tiene como objetivo contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad por COVID-19 y a mitigar los demás efectos indirectos de la pandemia sobre la salud; fortaleciendo la conducción de la respuesta a nivel del país; mejorando la detección y seguimiento de los casos; apoyar esfuerzos para la interrupción de la cadena de transmisión de la enfermedad; y mejorar la capacidad de provisión de servicios.

En el marco del Programa REDES, este Proyecto financia una ampliación del alcance para los PJI elaborados en el Proyecto Multifase de Atención Primaria de la Salud para el Manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles – Segunda Operación (Préstamo 3772 OC/AR), la cual tiene como objetivo contribuir a que las jurisdicciones fortalezcan, desarrollen y consoliden redes formales de servicios y cuidados sanitarios, considerando a los tres niveles de complejidad del subsector público de salud, tendiendo a garantizar la integralidad y la continuidad de la atención a poblaciones con cobertura pública exclusiva, mitigando los efectos producidos durante la pandemia.

1.2. Breve descripción del Programa.

El Programa Redes de Salud continúa su estrategia basada en un concepto de red ampliado, entendiendo que las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) son una herramienta de construcción permanente y dinámica que facilitan el acceso a los servicios, incidiendo en una mejor calidad de estos, integrando actores sociales y formalizando circuitos no sistematizados.

De este modo, el Programa ampliará su alcance geográfico y poblacional, así como la organización de los servicios de salud en red que contemplen a todos los niveles de atención, con el propósito de garantizar la integralidad y la continuidad de la atención a poblaciones susceptibles y vulnerables, especialmente a la población con cobertura pública exclusiva que padece enfermedades crónicas no transmisibles. Ello contempla también dar respuestas a los desafíos que implica el contexto de pandemia por COVID-19.

1.3. Objetivos del Programa REDES

El Programa tiene como objetivo contribuir a que las jurisdicciones desarrollen, fortalezcan, y consoliden redes formales de servicios y cuidados sanitarios en el primer, segundo y tercer nivel de atención para la mejora de la accesibilidad y la cobertura efectiva a los servicios de salud con un enfoque de red integral e integrada para la población con cobertura pública exclusiva en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19.

A tal fin, los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) establecerán líneas de acción para el fortalecimiento de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) que abarquen el

100% de la población con cobertura pública exclusiva. En ese marco, deberán dar cuenta de mejoras en: el funcionamiento de las redes de atención para líneas de cuidado priorizadas, reorganizando los servicios de salud a fin de garantizar la integralidad y continuidad de la atención a poblaciones susceptibles y vulnerables durante la pandemia del COVID-19; la explicitación de los servicios ofrecidos y la implementación de circuitos formales de referencia y contra-referencia entre los niveles de distinta complejidad; los procesos de trabajo al interior de los establecimientos de salud, haciendo foco en la identificación y seguimiento de personas con ECNT.

1.4. Financiamiento y transferencias monetarias

El Programa será financiado por medio del Contrato de Préstamo n° 5032/OC-AR otorgado por el BID con el objetivo general de contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad por COVID-19 y a mitigar los demás efectos indirectos de la pandemia sobre la salud. En el marco de su Componente 4 "*Mejoramiento a la capacidad de provisión de servicios*", apoyará la capacidad de manejo de casos, así como la continuidad de la atención esencial de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, e incluye, entre otros ejes, el financiamiento de una nueva etapa para los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) en el marco de la ampliación del Programa REDES de SALUD.

Las Jurisdicciones que soliciten su participación en el Programa deberán dar cumplimiento a las condiciones establecidas en el Convenio Marco de Participación entre Nación - Jurisdicción, cuyo modelo se encuentra en el Apéndice 1 del Anexo II del RO ; y en el Convenio de Gestión entre la Nación y el Ministerio de Salud Jurisdiccional (MSJ), que establecerá funciones y obligaciones de las partes (Apéndice 2 del Anexo II del RO). El financiamiento que tenga a una Jurisdicción como destinataria directa, solamente será aplicable mientras mantenga su condición de Participante al Programa de acuerdo con este RO vigente.

Transferencias monetarias. Los PJI se financiarán a través de transferencias monetarias a las jurisdicciones de la siguiente forma: (i) un 60% del total de los recursos previstos para los PJI, por la mejora de procesos, y (ii) 40% del total de los recursos previstos para los PJI, por el cumplimiento de productos o resultados, medidos cuatrimestralmente a través de una matriz de indicadores.

Las jurisdicciones recibirán dichas transferencias por el cumplimiento de los hitos vinculados a la mejora de procesos priorizados para el fortalecimiento y organización de las redes y por el cumplimiento cuatrimestral de los productos o resultados medidos a través de la matriz de indicadores; cuya asignación de fondos determinados se encontrará establecida en el Convenio de Gestión. A tal efecto, la UGJ confeccionará las respectivas notas, según el formato provisto por la UEC, dando cuenta del cumplimiento de los hitos y de la matriz de indicadores, solicitando las transferencias respectivas. En caso de corresponder, la UEC notificará a la Auditoría Externa Concurrente (AEC) con el fin de que la misma certifique el cumplimiento.

La distribución de recursos a las jurisdicciones por estos conceptos se realiza mediante una metodología con perspectiva de equidad y enfoque multidimensional, que busca que las transferencias monetarias contribuyan a nivelar las diferentes capacidades institucionales y los recursos para el desarrollo de las líneas estratégicas priorizadas. Se trabajó entonces sobre datos de población con cobertura pública exclusiva, necesidades básicas insatisfechas (NBI), Índice de Desarrollo Humano (IDH) e indicadores de prevalencia de diabetes, hipertensión y colesterol recabados por la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, realizada en el año 2018. El desarrollo de la metodología se encuentra en el Apéndice 3 del Anexo II del RO vigente

Montos. Los montos unitarios de los hitos e indicadores se encuentran definidos en dólares estadounidenses, los cuales se encuentran detallados en el Apéndice 4 y podrán sufrir modificaciones en base a los recursos presupuestarios disponibles para el Programa, que serán comunicados cuatrimestralmente en caso de corresponder, a fin de ser incorporados a las planificaciones de cada jurisdicción.

1.5. Transferencias por Procesos Priorizados

Los procesos priorizados son los siguientes:

1. Ampliación Proyecto Jurisdiccional para el Fortalecimiento de Redes.
2. Plan Maestro de Inversión.
3. Programas de Telesalud.
4. Salud Digital.
5. Fortalecimiento de Mecanismos de Coordinación Asistencial.

Descripción de los Procesos Priorizados:

1. **Ampliación Proyecto Jurisdiccional para el Fortalecimiento de Redes:** tiene como objetivo desarrollar líneas de acción para el fortalecimiento de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) que abarquen al 100% de la población con cobertura pública exclusiva, en las líneas de cuidado priorizadas por el Programa y en el marco de la emergencia por COVID-19. A partir del diagnóstico, que implica un análisis de la situación sanitaria de la jurisdicción en el marco de la emergencia por COVID-19 y su impacto en la atención de personas con ECNT, las jurisdicciones definirán y priorizarán problemas sobre los cuales se establecerán las líneas de acción del proyecto jurisdiccional.

A partir del diagnóstico, que implica un análisis de la situación sanitaria de la jurisdicción en el marco de la emergencia por COVID-19 y su impacto en la atención de personas con ECNT, las jurisdicciones definirán y priorizarán problemas sobre los cuales se establecerán las líneas de acción del proyecto jurisdiccional.

El proyecto se estructurará en una serie de componentes que permiten identificar las principales intervenciones necesarias para lograr el objetivo del proyecto, las actividades, los productos y los resultados esperados:

- a) Población a cargo y accesibilidad: por ejemplo, estrategias que consideren nominalización, georreferenciamiento, estratificación por riesgo, turnos programados, implementación de historia clínica electrónica (HCE), abordaje con perspectiva de género, telesalud.
- b) Continuidad en el proceso de atención: puede incluir estrategias para el desarrollo de sistemas formales de turnos protegidos, acceso a prácticas descentralizadas, R-CR, nodos de articulación, gestión de casos u otros modelos de gestión para la consecución de la continuidad asistencial y la atención integrada.
- c) Fortalecimiento de la capacidad de respuesta frente al COVID-19: contempla las actividades y estrategias definidas por las jurisdicciones en el marco de las redes de atención para la prevención, diagnóstico y tratamiento de COVID-19.
- d) Salud Digital: refleja la estrategia definida por la jurisdicción en el Plan Operativo de Implementación (POI)¹.

Las jurisdicciones deberán presentar la línea de base de los indicadores obligatorios de evaluación del proyecto, cuyos avances deberán ser presentados en el marco del hito 2. Los indicadores, definidos en función de los componentes de los PJI, son los siguientes:

N°	Indicador	Porcentaje del monto total del hito al que accede la jurisdicción por cumplimiento de meta
5	Cantidad de efectores que brindan acceso a prácticas para la atención de ECNT (a través de servicios propios o mediante acuerdos formales de derivación) / Total de efectores de la jurisdicción	15%
6	Cantidad de efectores del PNA que desarrollan / actualizan su oferta - guía de servicios para facilitar el acceso de las personas con ECNT a una atención continua y de calidad / Cantidad de EPNA de la jurisdicción	15%
7	Cantidad de efectores comprendidos en flujogramas definidos para la implementación de las rutas asistenciales priorizadas / Cantidad de EPNA y ESNA de la jurisdicción	20%
8	Cantidad de efectores que implementan estrategias de búsqueda activa - recaptación de pacientes con ECNT/ Cantidad de EPNA de la jurisdicción	20%

¹ Documento elaborado por cada jurisdicción en el marco del hito 1 del incentivo de Salud Digital de Redes 3, a partir de un diagnóstico previo, donde se incluyen las estrategias, aspectos técnicos relevantes, agenda preliminar y estimación de costos para alcanzar los objetivos propuestos para el ejercicio 2021. En el marco de la ampliación de Redes de Salud, se prevé una instancia de monitoreo y otra de evaluación de resultados y formulación de un nuevo Plan Operativo para el ejercicio 2022.

N°	Indicador	Porcentaje del monto total del hito al que accede la jurisdicción por cumplimiento de meta
9	Cantidad de efectores del PNA y SNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud orientadas al abordaje de COVID-19 / Cantidad de efectores del PNA y SNA de la jurisdicción	15%
10	Cantidad de EPNA y ESNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud / Cantidad de efectores del PNA y SNA de la jurisdicción	15%

Estos indicadores serán volcados en una matriz, abierta por efector, numerador y denominador, que contendrá la información correspondiente a la línea de base.

Las metas de los indicadores serán definidas en acuerdo con las jurisdicciones, y ajustadas a partir de los resultados de la auditoría externa concurrente de las líneas de base.

Asimismo, está previsto el monitoreo de los PJI a través de indicadores cuatrimestrales, cuyo cumplimiento de metas habilitará a las jurisdicciones a acceder a desembolsos que permitirán fortalecer el desarrollo de las estrategias priorizadas.

Se espera que estas instancias de medición y reporte cuatrimestral permitan fortalecer las capacidades jurisdiccionales para el registro y la gestión de información, a la vez que generen insumos para realizar ajustes o replanificaciones que contribuyan al logro de los objetivos

Matriz de Indicadores Cuatrimestrales:

La medición cuatrimestral de indicadores busca fortalecer las capacidades jurisdiccionales de monitoreo de los proyectos de Redes, como un componente clave para mejorar la ejecución de los mismos y contribuir al logro de los resultados.

Esta modalidad de transferencia de fondos condicionada al cumplimiento de metas permitirá que las jurisdicciones cuenten con un flujo de fondos cuatrimestral, que facilitará la ejecución de los proyectos. Para ello se encuentra definido un set de indicadores, con metas a cumplir en forma cuatrimestral, y cuyas fuentes de datos y medios de verificación serán acordados con las jurisdicciones. La información correspondiente deberá presentarse a la UEC dentro de los 30 días de finalizado el cuatrimestre objeto de medición y estará sujeta a una auditoría externa concurrente ex post.

A partir de los resultados de la verificación en terreno por parte de la auditoría, se realizarán los ajustes y débitos correspondientes, que serán aplicados en las transferencias del cuatrimestre inmediato posterior. Las definiciones operativas de los indicadores y las modalidades para la medición y auditoría de los mismos forman parte del Apéndice 5: Guía de monitoreo de Redes de Salud.

Nº	INDICADOR	Porcentaje del monto del hito al que accede la jurisdicción por cumplimiento de meta
1	Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) / Población de 18 años y más de la jurisdicción con CPE con DM2, según estimaciones	25%
2	Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) / Población de 18 años y más de la jurisdicción con CPE con HTA, según estimaciones	25%
3	Personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10%, con consulta de seguimiento anual / Personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10%	25%
4	Cantidad de efectores del primer y segundo nivel incorporados al Programa Redes que prestan servicios de Telesalud / Cantidad de EPNA/ESNA de la red	25%

El desarrollo de Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) para el Fortalecimiento de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), consta de 2 hitos:

Hito 1: Diagnóstico y Proyecto Jurisdiccional de Inversión (PJI) para el fortalecimiento de las RIISS. Las jurisdicciones deberán presentar al 23/07/2021 un documento que contenga el diagnóstico y los distintos componentes del PJI. El diagnóstico surgirá del análisis de la situación sanitaria en las líneas priorizadas por el Programa en el marco de la emergencia por COVID-19, sobre la base de la información obtenida a través de los relevamientos de RIISS, medición de indicadores y datos sanitarios y epidemiológicos propios de cada jurisdicción, incluyendo el funcionamiento de las redes de servicios de salud. Se espera que en el proyecto las jurisdicciones definan los objetivos, estrategias y acciones a desarrollar, en concordancia con los problemas priorizados en el diagnóstico, dando continuidad a las líneas de acción ya iniciadas en las etapas previas del Programa y considerando los componentes mencionados. El documento deberá contener además la información referida a la línea de base de los indicadores obligatorios, que estará sujeta a verificación ex post por parte de la auditoría externa.

Hito 2: Presentación del informe de evaluación del proyecto jurisdiccional. Las jurisdicciones deberán presentar al 31/05/2022 la información acerca de los indicadores obligatorios que permita identificar el cumplimiento de las metas previstas; y antes del 10/08/2022, presentar un documento que analice el proceso de implementación del PJI, sus principales avances y dificultades para el logro de los objetivos.

La jurisdicción recibirá un 20% de los fondos asignados a este hito por la presentación del informe de evaluación y el 80% restante por el cumplimiento de meta de los indicadores.

La verificación del cumplimiento de metas se realizará mediante una auditoría externa concurrente, cuyo resultado positivo habilitará a las jurisdicciones a recibir el desembolso correspondiente. En este sentido, las jurisdicciones accederán a los fondos en forma proporcional a la cantidad de indicadores con meta cumplida, de acuerdo a los porcentajes indicados en la matriz de indicadores obligatorios de evaluación del proyecto

2. **Plan Maestro de Inversión**: a través de este proceso, se promueve la continuación de la utilización de una herramienta de diagnóstico de equipamiento e infraestructura de efectores de todos los niveles de las redes jurisdiccionales, para la toma de decisiones dentro de un marco de eficiencia y equidad. A través de esta estrategia, se fortalecerá el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y su actualización en la plataforma SISA, se facilitará el ordenamiento de los criterios de adquisiciones de equipamiento desde la Nación para uso en las jurisdicciones y se contribuirá a la trazabilidad de equipamiento.

Este proceso priorizado, contiene 2 hitos:

Hito 1: **Relevamiento**: Se deberá presentar el 29 de octubre de 2021 un documento que detalle la información epidemiológica recopilada y la validación de la finalización de la carga en sistema de los cuestionarios de todos los efectores participantes del relevamiento, por parte de la UEC y la Dirección Nacional de Recursos Físicos del Ministerio de Salud de la Nación

Hito 2: **Plan Maestro de Inversión**: Presentación del Plan Maestro de Inversión el 30 de abril del 2022, por parte del equipo jurisdiccional designado. La UEC elaborará el formato y los requisitos mínimos del documento a presentar, que será remitido a las jurisdicciones oportunamente. La aprobación del plan se realizará en forma conjunta entre la UEC y la Dirección Nacional de Recursos Físicos.

3. **Programas de Telesalud**: promueve la implementación de esta modalidad de atención en las jurisdicciones, a través de la generación y formalización de estructuras de gobernanza y la implementación de Programas de Telesalud para líneas de cuidado priorizadas, propiciando un proceso de readecuaciones y mejora continua de los mismos.

Este proceso priorizado, consta de 2 hitos:

Hito 1: **Diseño de Programas de Telesalud**. Las jurisdicciones deberán presentar al 30/09/2021 la designación de referentes del Programa Telesalud en el MSJ; y el diseño de los Programas de Telesalud en cada jurisdicción vinculados a las líneas de cuidado priorizadas por el Programa REDES de SALUD y su plan de implementación.

Hito 2: **Evaluación y monitoreo global**. Este hito implica la evaluación de los Programas implementados y la elaboración de un informe final que contemple el grado de alcance de los

objetivos planteados. Las jurisdicciones deberán presentar la documentación que dará por cumplido el hito al 30/06/2022.

4. **Salud Digital:** Con la finalidad de fortalecer la estrategia de salud digital en las jurisdicciones, este proceso comprende la generación de estructuras de gobernanza, la elaboración de un plan operativo y el desarrollo de mejoras en las herramientas informáticas, en un proceso de mejora continua. Se busca dotar al sistema de salud con tecnologías que permitan administrar los datos en todos los procesos de gestión, en sistemas interoperables que permitan compartir la información entre niveles de atención y jurisdicciones. Se contribuirá así a la construcción de un sistema de información en salud federal e integrado, útil para los procesos de atención, estadística y gestión.

Este proceso consta de 2 hitos que dan continuidad al proceso de implementación de Salud Digital iniciado a través del Redes 3 (incentivo 8):

Hito 1: Monitoreo de implementación del plan y mejoras de las herramientas informáticas. Las jurisdicciones deberán presentar el 07/07/2021, un documento con los avances en la implementación del plan operativo anual en los efectores de la red definidos para el plan, y la planificación de mejoras de las herramientas informáticas priorizadas y su correspondiente definición de prueba piloto, en un proceso de mejora continua.

Hito 2: Presentación de resultados y Plan Operativo de Implementación 2022. Este hito implica la elaboración de un plan operativo anual de implementación de Sistemas de Información Interoperables (SIS) que las jurisdicciones deberán presentar el 30/11/2021, con un componente de mejora continua y alcanzando a otros efectores de la red, incluyendo los definidos para el Incentivo 8 de Redes

El pago del 50% de los fondos asignados a este hito estará condicionado al cumplimiento del POI 2021, cuyos indicadores están sujetos a verificación mediante AEC, y el 50% restante a la presentación del POI 2022.

5. **Fortalecimiento de Mecanismos de Coordinación Asistencial:**

El objetivo de este proceso es que las jurisdicciones definan criterios comunes de actuación entre los distintos actores intervinientes en el proceso asistencial en pos de avanzar hacia la integración de los servicios clínicos y asistenciales en un proceso único y coherente que contribuya a mejorar la continuidad de la asistencia sanitaria y el uso de los recursos en las líneas de cuidado priorizadas.

Con la finalidad de fortalecer los mecanismos de coordinación asistencial en las jurisdicciones, se propone la implementación de un esquema de transferencias vinculadas al cumplimiento de hitos que comprendan el diseño y ejecución de un plan operativo para la implementación de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos de atención para las líneas de cuidado de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA), así como la definición e implementación de sus respectivas rutas asistenciales.

Es potestad de las jurisdicciones incluir Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST, a las líneas de cuidado ya propuestas.

Este proceso priorizado consta de dos hitos, conformados por:

Hito 1: Presentación del Plan Operativo para la implementación de GPC, protocolos de atención y rutas asistenciales. Las jurisdicciones deberán presentar a la UEC un documento descriptivo que contenga la formulación de la estrategia para la implementación de GPC y desarrollo de herramientas de estandarización; el diseño de la/las ruta/s asistencial/es para las líneas de cuidado priorizadas; el plan de evaluación de la implementación y el MAPA ASISTENCIAL INTEGRADO. Se espera que las jurisdicciones presenten el documento que da por cumplido este hito antes 31/08/2021.

Hito 2: Evaluación del Plan Operativo para la implementación de GPC, protocolos de atención y rutas asistenciales. Este hito implica presentar los avances para los indicadores seleccionados, el alcance de la implementación de acuerdo a los efectores de la red definidos, en cuanto a la ejecución del plan de implementación de GPC, protocolos de atención y rutas asistenciales. Se tendrá en cuenta que la jurisdicción cumpla con el Plan de Evaluación presentado en el Hito 1. Se espera que las jurisdicciones presenten la evaluación del Plan Operativo para la implementación de GPC y definición de rutas asistenciales el 01/08/2022.

2. Marco normativo de referencia.

La ejecución del servicio deberá realizarse disponiendo y conociendo los documentos básicos relacionados con las operaciones del Programa Redes de Salud y de acuerdo con el siguiente orden de prelación:

- a) Convenios de Préstamo.
- b) Reglamento Operativo Específico del Programa y sus apéndices.
- c) Convenios Marcos entre el MSN y la Jurisdicción.
- d) Convenios de Gestión entre el MSN y la Jurisdicción.
- e) Disposiciones Operativas Internas de la UEC.

3. Objetivos del servicio

El objetivo del servicio a contratar es obtener un informe de aseguramiento con un nivel de seguridad razonable del grado de cumplimiento de las condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo y el marco normativo vigente, en especial lo establecido en el Anexo 2 del Reglamento Operativo Específico del Programa Redes de Salud. Particularmente, debe brindar aseguramiento sobre el nivel de cumplimiento declarado por la jurisdicción referente a cada uno de los Hitos de los Procesos Priorizados sujetos a verificación, y de la medición cuatrimestral reportada por la jurisdicción para cada uno de los indicadores de la matriz. La misma se realizará

a través de los medios de verificación conforme se establece en los Proyectos Jurisdiccionales, y que seguidamente se detallan:

- la medición declarada por la jurisdicción para los indicadores obligatorios en el marco del hito 1 “Diagnóstico y Proyecto Jurisdiccional de Inversión para el fortalecimiento de las RIISS” del proceso priorizado 1 “Ampliación Proyecto Jurisdiccional para el Fortalecimiento de Redes”.
- los niveles de cumplimiento de las metas informadas por las jurisdicciones de los indicadores obligatorios en el marco del hito 2 “Presentación del informe de evaluación del proyecto jurisdiccional” del proceso priorizado 1 “Ampliación Proyecto Jurisdiccional para el Fortalecimiento de Redes”.
- los niveles de cumplimiento informados por las jurisdicciones de los indicadores del Plan Operativo de Implementación 2021 en el marco del hito 2 “Presentación del resultados y Plan Operativo de Implementación 2022” del proceso priorizado “Salud Digital”.
- la medición cuatrimestral de indicadores para el fortalecimiento de las capacidades jurisdiccionales de monitoreo de los proyectos de Redes y transferencias que generó en el marco del apartado 4.1.5 del Reglamento Operativo Específico.
- los niveles de cumplimiento de las metas informadas por las jurisdicciones en la medición cuatrimestral de indicadores para el fortalecimiento de las capacidades jurisdiccionales de monitoreo de los proyectos de Redes y transferencias que generó en el marco del apartado 4.1.5 del Reglamento Operativo Específico.
- Verificando si la información presentada por el Programa Redes de Salud está libre de incorrección material; con base en los criterios, descritos en los anexos I y II de este documento.

A continuación, se describen los procesos priorizados – hitos alcanzados por este encargo. La UEC pondrá a disposición de la firma contratada las presentaciones realizadas por las jurisdicciones dentro de los 10 días hábiles de su recepción.

- **Proceso priorizado 1: Ampliación Proyecto Jurisdiccional para el Fortalecimiento de Redes.**
- **Hito 1: Diagnóstico y Proyecto Jurisdiccional de Inversión (PJI) para el fortalecimiento de las RIISS.**

Las jurisdicciones deberán presentar al 31/08/2021 un documento que contenga el diagnóstico y los distintos componentes del PJI. El diagnóstico surgirá del análisis de la situación sanitaria en las líneas priorizadas por el Programa en el marco de la emergencia por COVID-19, sobre la base de la información obtenida a través de los relevamientos de RIISS, medición de indicadores y datos sanitarios y epidemiológicos propios de cada jurisdicción, incluyendo el funcionamiento de las redes de servicios de salud. Se espera que en el proyecto las jurisdicciones definan los objetivos, estrategias y acciones a desarrollar, en concordancia con los problemas priorizados en el diagnóstico, dando continuidad a las líneas de acción ya iniciadas en las etapas previas del Programa y considerando los componentes mencionados. El documento deberá contener además la información referida a la línea de base de los indicadores obligatorios, que estará sujeta a verificación ex post por parte de la auditoría externa.

- **Hito 2: Presentación del informe de evaluación del proyecto jurisdiccional.**
Las jurisdicciones deberán presentar al 31/05/2022 la información acerca de los indicadores obligatorios que permita identificar el cumplimiento de las metas previstas; y antes del 10/08/2022, presentar un documento que analice el proceso de implementación del PJI, sus principales avances y dificultades para el logro de los objetivos. La verificación del cumplimiento de metas se realizará mediante una auditoría externa concurrente, cuyo resultado positivo habilitará a las jurisdicciones a recibir el desembolso correspondiente.
- **Proceso priorizado 4: Salud Digital.**
- **Hito 2: Presentación de resultados y Plan Operativo de Implementación 2022.**
Este hito implica la elaboración de un plan operativo anual de implementación de Sistemas de Información Interoperables (SIS) que las jurisdicciones deberán presentar el 30/11/2021, con un componente de mejora continua y alcanzando a otros efectores de la red, incluyendo los definidos para el Incentivo 8 de Redes 3. El pago del 50% de los fondos asignados a este hito estará condicionado al cumplimiento del POI 2021, cuyos indicadores están sujetos a verificación mediante AEC, y el 50% restante a la presentación del POI 2022.

4. Alcance del servicio.

El alcance del aseguramiento con seguridad razonable comprende la revisión de la matriz del nivel de cumplimiento declarado por la jurisdicción de cada uno de los Hitos de los Procesos Priorizados sujetos a verificación y de la medición cuatrimestral reportada por la jurisdicción para cada uno de los indicadores de la matriz indicadores cuatrimestrales siguiente:

Matriz de Indicadores Cuatrimestrales:

Se ha definido un set de indicadores con metas a cumplir en forma cuatrimestral y cuyas fuentes de datos y medios de verificación serán acordados con las jurisdicciones. La información correspondiente deberá presentarse a la UEC dentro de los 30 días de finalizado el cuatrimestre objeto de medición y estará sujeta a una auditoría externa concurrente ex post. A partir de los resultados de la verificación en terreno por parte de la auditoría, se realizarán los ajustes y débitos correspondientes, que serán aplicados en las transferencias del cuatrimestre inmediato posterior.

N o	INDICADOR	Porcentaje del monto del hito al que accede la jurisdicción por cumplimiento de meta
1	Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) / Población de 18 años y más de la jurisdicción con CPE con DM2, según estimaciones	25%
2	Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) / Población de 18 años y más de la jurisdicción con CPE con HTA, según estimaciones	25%

3	Personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10%, con consulta de seguimiento anual / Personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10%	25%
4	Cantidad de efectores del primer y segundo nivel incorporados al Programa Redes que prestan servicios de Telesalud / Cantidad de EPNA/ESNA de la red	25%

Los criterios para la evaluación de cada uno de los indicadores descriptos en los párrafos anteriores se encuentran en el anexo I del presente documento y forman parte de las normas del programa. Asimismo, en el anexo II, se describen los criterios para la evaluación del proceso priorizado relacionado con Salud Digital. En caso de ser necesaria una modificación de estos, deberá contarse con la no objeción de BID. Por otro lado, en el anexo III, se detalla una estimación de la cantidad de establecimientos por jurisdicción que participarán en cada uno de los indicadores.

1. El auditor iniciará con una etapa de planificación del trabajo a ser desarrollado, en la cual procederá a planificar:
 - a. la elaboración de muestras en caso de corresponder.
 - b. la realización de visitas a terreno para la verificación de la existencia de registro válido.
2. El auditor puede utilizar el muestreo para la determinación de los ítems que serán revisados. Al aplicar el muestreo, el auditor deberá cumplir con los requerimientos de la NIEA 3000 (Revisada) Ref. 27 (Ref.: Apartados A35 y A36). Para ello, deberá considerar entre otros aspectos determinar un tamaño de muestra suficiente para reducir a un nivel adecuadamente bajo el riesgo de muestreo, seleccionar elementos de la muestra de forma que todas las unidades de muestreo de la población tengan posibilidad de ser seleccionada.

La metodología de muestreo sugerida debe contemplar los siguientes requerimientos:

- Ser **probabilística**, de modo que se puedan hacer las inferencias estadísticas a nivel provincial.
 - Se requiere que las estimaciones tengan un **nivel de confianza del 95%** con un **error de muestreo de 5%**, para el caso de una proporción de 0,5 o porcentaje de 50%.
 - Dado la heterogeneidad de efectores, se sugiere un diseño que contemple esta situación.
 - Como las muestras son para cada proceso de auditoría, se debe contemplar una rotación de los efectores integrantes de ésta, de manera que se cubran distintos efectores brindando una cobertura geográfica que genere un ambiente de control a nivel jurisdiccional.
3. Si el auditor identificara incumplimientos a los criterios aprobados deberá incluir estos incumplimientos en la sección de recomendaciones del informe de aseguramiento incluyendo las deficiencias significativas para hacerlo del conocimiento del Programa Redes de Salud, procediendo a incluir el detalle de los incumplimientos.
 4. El auditor analizará el impacto de estos incumplimientos y, si los mismos son generalizados, deberá analizar emitir una opinión modificada

5. Si el auditor identifica asuntos relacionados con fraude deberá informar al BID y a la UEC para coordinar las acciones y próximos pasos a seguir para no interferir con posibles investigaciones y/o denuncias.

5. Se espera como mínimo que el auditor realice lo siguiente sin limitarse en su alcance:

- i. Verificar en terreno, mediante muestreo aleatorio y estadístico, la existencia de registro válido según las normas del Programa en cuanto a fuente y atributos del cumplimiento declarado por las UGJ de los Hitos de los Procesos Priorizados objeto del servicio.
- ii. Verificar en terreno, mediante muestreo aleatorio y estadístico, la existencia de registro válido según las normas del Programa en cuanto a fuente, atributos de las mediciones de los Indicadores Cuatrimestrales declarados por las UGJ.
- iii. Gestionar con la debida anticipación los permisos requeridos para el acceso a establecimientos o sistemas de información necesarios para cumplir con el trabajo auditoría.
- iv. Hacer uso exclusivo del canal oficial de comunicación con las UGJ que establezca la UEC.
- v. Acordar fecha y horarios con los efectores, en coordinación con las UGJ, para la realización de las auditorías en terreno.
- vi. Comunicar a la UEC y a las UGJ los requerimientos que demanden el servicio, la agenda de visitas a efectores y las muestras con la debida anticipación.
- vii. Dejar registro documental, a través de actas, de las visitas realizadas en campo/terreno, indicando sus resultados. Éstas deben ser firmadas por las partes intervinientes.
- viii. Hacer un cierre de la visita con la coordinación de la UGJ a efectos de adelantarle los principales hallazgos que son susceptibles de ser corregidos antes de la presentación de los informes respectivos.
- ix. Mantener reuniones periódicas con la UEC con la finalidad de intercambiar información acerca de la gestión en cada una de las Jurisdicciones.
- x. Participar en una reunión previa a la entrega de los informes con la UEC.
- xi. Contestar los descargos presentados por las jurisdicciones.
- xii. Emitir un Memorándum de Novedades a la jurisdicción relevada y a la UEC toda vez que la gravedad del hecho, jerarquía del hallazgo u observación detectada justifique no esperar a la emisión del informe regular, dado que su oportuna corrección permita evitar daños o sanciones mayores, corregirse el procedimiento aplicado o resolver el problema planteado.
- xiii. Obtener una carta de representación emitida por la Administración del Proyecto por cada informe de aseguramiento emitido.

6. Normas Aplicables.

El trabajo de aseguramiento razonable debe ser efectuado aplicando la Norma Internacional NIEA 3000 (Revisada) Encargos de Aseguramiento, distintos de la auditoría o de la revisión

de información financiera histórica². Dicha norma requiere que el Auditor Externo cumpla con requerimientos éticos, independencia, control de calidad y que planifique el trabajo de aseguramiento para obtener una seguridad razonable acerca de si el **Programa Redes de Salud por medio de los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI)** ha cumplido en todos los aspectos significativos con los criterios acordados para cada uno de los hitos de los procesos priorizados; contenidos en las normativas del Programa y con los criterios específicos detallados en el anexos del presente documento.

Un trabajo de aseguramiento razonable involucra la aplicación de procedimientos para obtener evidencia suficiente y apropiada sobre si el **Programa Redes de Salud por medio de los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI)** ha dado cumplimiento a los criterios establecidos en estos TDR. Los procedimientos seleccionados dependen del juicio profesional del Auditor e incluyen la evaluación de los riesgos de incumplimiento significativo de los criterios descritos en los anexos I y II.

En un trabajo de aseguramiento razonable, el Auditor realiza un extenso nivel de pruebas y procedimientos para obtener evidencia suficiente y apropiada para reducir el riesgo de detección de errores o desvíos significativos del objeto de la revisión que se evalúa, a un nivel aceptablemente bajo, que le permita expresar una conclusión en forma “positiva.

Los procedimientos seleccionados dependen del juicio profesional del Auditor e incluyen la evaluación de los riesgos de errores materiales en el (los) asunto (s) objeto de la revisión de incumplimiento significativo del **Programa Redes de Salud por medio de los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI)** con relación a los criterios descritos en el ANEXO x.

7. Informes a presentar por la firma consultora.

Una vez finalizado cada proceso de verificación, la firma consultora emitirá los siguientes informes:

- Informes cuatrimestrales de aseguramiento razonable de medición de la matriz de indicadores, y cumplimiento de metas en el caso de corresponder, que contengan los hallazgos y conclusiones específicas requeridas para el período auditado dentro de los 90 (noventa) días de finalizado el cuatrimestre
- Informes de aseguramiento razonable vinculados a procesos priorizados que contengan los hallazgos y conclusiones específicas, y cumplimiento de metas en caso de corresponder, dentro de los 60 (sesenta) días de vencido el plazo para la presentación de la solicitud de transferencia

Los referidos informes deberán estar formalmente elevados a la Coordinación General del Programa y debidamente firmados.

El presente servicio comprende la presentación de los informes de aseguramiento que corresponderán a los períodos comprendidos entre 1° de enero de 2021 hasta 30 de abril de 2022; es decir, 4 (cuatro) cuatrimestres auditables.

² ISAE 3000 (Revised) International Standard on Assurance Engagements ISAE 3000 por sus siglas en inglés.

La vigencia del contrato se extenderá hasta los 60 días posteriores a la cancelación de las obligaciones asumidas por las partes.

Asimismo, en caso de resultar necesario, y por decisión de las autoridades del MSN, el presente contrato podrá extenderse hasta la finalización de la ejecución del convenio de préstamo BID 5032/OC-AR, sujeto a la evaluación del desempeño de la firma en la ejecución del contrato.

Dicha evaluación tendrá que resultar positiva en todos los aspectos comprometidos para dar lugar a la posibilidad de extensión.

La firma contratada deberá presentar un Informe por cada jurisdicción participante del Programa (en total 24 jurisdicciones).

Dichos informes de aseguramiento se realizarán de acuerdo con el siguiente nivel de detalle:

- Se describirán los hallazgos y conclusiones específicas alcanzadas por la revisión. Este informe incorporará las principales conclusiones y recomendaciones para la mejora de los procesos objeto de revisión.

Cada informe deberá ser elaborado en el marco de los requerimientos establecidos en la NIEA 3000 (Revisada) deberá contener, como mínimo lo siguiente:

- Una carátula detallando claramente tipo de informe, jurisdicción, Proceso Priorizado e Hito/Indicadores Cuatrimestrales y cuatrimestre al que corresponde.
- Un índice de contenidos.
- Título del informe
- Destinatarios a quienes se dirige el informe.
- Información sobre la materia objeto de análisis.
- Criterios aplicables (descritos en los ANEXOS).
- Limitaciones inherentes.
- Propósito racional.
- Responsabilidades relativas a la Administración del Proyecto/Programa.
- Responsabilidades relativas a la firma auditora.
- Una declaración de que el trabajo ha sido desarrollado con NIEA 3000.
- Una declaración de que la Firma aplica la ISQC 1/NICC1
- Una declaración de que el auditor cumple con el Código de Ética del IESBA.
- Un resumen ejecutivo del trabajo desarrollado (Alcance, enfoque y muestra revisada:
 - o Descripción de las actividades realizadas, entidades y actores contactados.
 - o objetivos y el alcance del servicio y exposición de cualquier limitación en el alcance del trabajo.
 - o un resumen ejecutivo de los resultados.
 - o descripción de los procedimientos aplicados durante el desarrollo del trabajo.
- La conclusión deberá proporcionar el aseguramiento razonable sobre si el cumplimiento del Proyecto de los criterios descritos en los ANEXOS.
- Nombre y firma del auditor.
- Fecha del reporte.

- i. En el caso de identificar incumplimientos, además de analizar si afectara la conclusión sobre la razonabilidad y si es necesario emitir una conclusión modificada sobre la información presentada, se requiere que se incluya en el informe un cuadro de los gastos o transacciones que no cumplieron con los criterios establecidos /o que presentaron desviaciones con respecto a dichos criterios;
- ii. Una sección con las recomendaciones pertinentes para mejorar las debilidades significativas identificadas relacionadas con los controles internos;
- iii. [Si aplica, incluir otros tópicos]

Metodología

Como parte de su propuesta de servicios, el Auditor debe detallar la metodología que pretende aplicar para cumplir con el trabajo requerido, en el marco de la Norma Internacional NIEA 3000 (Revisada) Encargos de Aseguramiento, distintos de la auditoría o de la revisión de información financiera histórica³, la cual debe describir al menos el proceso de planeación, ejecución y finalización del trabajo

Así mismo, la propuesta metodológica a utilizar para el servicio requerido será relevante para la evaluación y negociación de la oferta del servicio.

- Base digital nominada de los casos objeto del servicio tanto por sistema como en terreno identificando la causa del ajuste propuesto.
- Apartado con el marco de muestreo utilizado en terreno para cada jurisdicción, detallando la metodología de muestreo utilizada, el cálculo del tamaño muestral, los efectores y casos seleccionados. Se debe presentar la metodología de cálculo de los factores de expansión y de los estimadores de la varianza de estos. El marco muestral debe tener un formato de base de dato con el mismo diseño para todas las jurisdicciones.

El análisis de estos informes servirá para que la UEC planifique acciones correctivas y/o intensifique su accionar para la implementación del Programa, en caso de que así corresponda.

Los informes de aseguramiento se presentarán en idioma español, debidamente firmados en 4 (cuatro) ejemplares. Estos deberán estar formalmente elevados a la Coordinación General del Programa Redes de Salud.

Otras responsabilidades de los Auditores Externos Calidad del trabajo⁴:

El Auditor que tenga a cargo este encargo debe ser miembro de una Firma que esté sujeta a la Norma Internacional de Control de Calidad ISQC 1, u otros requerimientos profesionales o regulatorios relacionados con la responsabilidad de mantener un sistema de control de calidad que sean al menos tan exigentes como la Norma ISQC 1.

³ ISAE 3000 (Revised) International Standard on Assurance Engagements ISAE 3000 por sus siglas en inglés

⁴ Solo para el Auditor Externo. En caso de duda de la aplicación de este enunciado debe consultarse con el Especialista en Gestión Financiera de la Representación.

La Norma Internacional ISQC 1 exige que las Firmas establezcan políticas y procedimientos para la aceptación y continuación de la relación con sus clientes y trabajos específicos, las mismas que deben ser diseñadas para proveer a la Firma una seguridad razonable de que sólo se llevará a cabo o continuará con las relaciones y los compromisos para los cuales la Firma es competente y tiene la capacidad requerida, incluyendo el tiempo y los recursos. Por tanto, será responsable de asignar a este compromiso, el personal profesional necesario y calificado para entregar sus informes en los plazos estipulados y con la calidad esperada.

Acceso a los papeles de trabajo:

El Auditor se compromete a poner a disposición, y permitir el examen por parte del personal del Banco o a quien el BID designe, de los papeles de trabajo y otros documentos relacionados con el objeto de la revisión del trabajo de aseguramiento.

Poner a disposición de la Coordinación General del Programa los papeles de trabajo, pruebas documentales y otros documentos relacionados con los servicios objeto de estos términos de referencia, siempre que ésta lo solicite.

Con el objeto de facilitar eventuales aclaraciones que sean solicitadas por el Banco, el auditor debe asegurarse que: i) las conclusiones, observaciones y recomendaciones incluidas en los informes están sustentadas por suficiente, relevante y competente evidencia en los papeles de trabajo; ii) existe una adecuada referenciación entre los informes y los correspondientes papeles de trabajo; iii) la documentación se encuentra debidamente archivada; y iv) preparó y dejó evidencia suficiente y competente sobre el análisis de riesgos requeridos por la NIEA 3000 (Revisada) para la planificación y ejecución de sus pruebas.

Los funcionarios del Banco pueden contactar directamente a los auditores para solicitar información adicional relacionada con el trabajo objeto de estos términos de referencia. Los auditores deben satisfacer tales solicitudes prontamente.

8. Calificaciones de la firma consultora.

La firma consultora asignará el trabajo al personal necesario y calificado para entregar los informes en los plazos establecidos.

En particular, deberá demostrar experiencia en supervisión y/o auditoría de proyectos de gran cobertura territorial financiados por Organismos Multilaterales de Crédito o supervisión y/o auditoría de programas de Salud Pública, incluyendo perfiles calificados en sistemas de información, diseño de muestras y evaluación de prestaciones médicas.

Adicionalmente, en caso de ser necesaria la participación de personal especializado y de otras profesiones -como ser sistemas, especialista de muestreo, etc.- la contratación correrá por su cuenta y los resultados del trabajo serán de exclusiva responsabilidad de la firma consultora.

La firma consultora seleccionada deberá conformar un equipo interdisciplinario de solvencia profesional. El equipo central deberá estar conformado como mínimo por los siguientes perfiles:

Jefe de Proyecto con la siguiente formación y experiencia:

Calificaciones generales:

- Formación académica:

- ✓ Profesional en Ciencias Económicas
- Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 10 años de experiencia como auditor.
- Experiencia Específica:
 - ✓ Intervención en proyectos similares del Sector Salud. Se tendrá en cuenta la intervención en trabajos de auditoría independientes para instituciones o entidades de Seguros Sociales de Salud tanto del Subsector Público como del Subsector Privado.
 - ✓ Intervención en trabajos de auditorías para proyectos financiados por organismos multilaterales de crédito.
 - ✓ Desempeño continuado en posiciones similares durante al menos los últimos 3 (tres) años.

Personal Experto de acuerdo con las necesidades del proyecto con la siguiente formación y experiencia:

Calificaciones generales:

- Formación académica: Profesional en Ciencias Económicas, Médicas, Sistemas, Estadísticas, etc.
 - ✓ Profesional con título universitario.
- Ejercicio en la actividad profesional: 8 años de experiencia en el área requerida.
- Experiencia Específica:
 - ✓ Intervención en proyectos similares del Sector Salud. Se tendrá en cuenta la intervención en trabajos de auditoría independientes para instituciones o entidades de Seguros Sociales de Salud tanto del Subsector Público como del Subsector Privado.
 - ✓ Intervención en trabajos de auditorías para proyectos financiados por organismos multilaterales de crédito.

Personal de campo-Encargados de equipos, con la siguiente formación y experiencia:

Calificaciones generales:

- Formación académica:
 - ✓ Profesional en Ciencias Económicas o Ciencias Médicas.
- Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 5 años de experiencia como auditor.
- Experiencia Específica:
 - ✓ Intervención en proyectos similares del Sector Salud. Se tendrá en cuenta la intervención en trabajos de auditoría independientes para instituciones o entidades de Seguros Sociales de Salud tanto del Subsector Público como del Subsector Privado.
 - ✓ Intervención en trabajos en auditorías para proyectos financiados por organismos multilaterales de crédito.

- ✓ Desempeño continuado en posiciones similares durante los últimos 3 (tres) años.

Profesionales de campo-audidores, con la siguiente formación y experiencia:

Calificaciones generales:

- Formación académica:
 - ✓ Profesional en Ciencias Económicas.
 - ✓ Profesional en Ciencias Médicas.
 - ✓ Profesionales en Sistemas
- Ejercicio mínimo en la actividad profesional: 2 de experiencia como auditor.

La firma consultora deberá capacitar al equipo asignado al cumplimiento de la tarea, brindando todas las herramientas necesarias para el correcto desempeño de su función. A tal fin, la firma consultora deberá presentar el plan de capacitación que ejecutará con el objetivo de garantizar un conjunto de conocimientos mínimos por parte de su equipo. En caso de que se detecte deficiencias en el desempeño de la función de alguna persona miembro del equipo, ésta deberá ser reemplazada por otra persona idónea.

9. Inspección y aceptación del trabajo de auditoría y los informes.

La UEC del MSN, como Organismo Ejecutor, es responsable de revisar, analizar y aceptar cada Informe de Aseguramiento presentado y podrá designar una persona física o jurídica que efectúe esta labor. Un representante del Organismo Financiador podrá contactar directamente a los miembros del equipo revisor de la firma consultora para solicitar cualquier información adicional en relación con la revisión o el estado del Programa.

10. Relaciones y responsabilidades.

El cliente para este servicio de revisión es la UEC del MSN. El BID es parte interesada. La UEC supervisará el trabajo ejecutado por los profesionales de la firma consultora para asegurarse el cumplimiento de los Términos de Referencia. Con carácter previo a la firma del contrato para la AEC, será requerida la "No Objeción" del BID sobre estos Términos de Referencia y sobre la firma consultora seleccionada para el trabajo.

Es responsabilidad de la UEC y de las UGJ de cada jurisdicción a ser relevada preparar toda la información requerida y asegurarse que todos los documentos y registros, en cualquier tipo de soporte autorizado, necesarios para la revisión están disponibles y que se hayan tomado las acciones necesarias para que los profesionales independientes puedan presentar el Informe en los plazos previstos.

De igual manera, la firma consultora se compromete a enviar a la UEC y a las UGJ, con suficiente antelación, los requerimientos que la firma consultora demande y la agenda de visitas a efectores, la que deberán respetar estrictamente.

Los profesionales de la firma consultora deberán mantener y archivar adecuadamente los documentos de trabajo por un período de tres años después de terminada la revisión. Durante

este período, los profesionales de la firma consultora deberán proveer pronta y oportunamente los documentos de trabajo que les sean solicitados por la UEC o por el BID.

11. Cronograma y Plan de Pagos.

El pago de los entregables se hará de acuerdo con el siguiente cronograma de pagos. Se abonará por cada producto entregado y aprobado. En caso de presentar un producto incompleto se abonará el proporcional correspondiente a cada jurisdicción (1/24).

N°	Producto Entregable	Plazo de entrega	Porcentaje de Pago
1	Plan Inicial	Dentro de los 10 días de firmado el contrato	10%
2	Informe PJI Línea de Base + Informes de Línea Base de indicadores cuatrimestrales + Informe 2do cuatrimestre 2021 de indicadores cuatrimestrales.	Dentro de los 45 días de firmado el contrato	25%
3	Informe Salud Digital.	Dentro de los 60 días de firmado el contrato	20%
4	Informe 3er cuatrimestre 2021 de indicadores cuatrimestrales + Informe PJI Hito 2	Dentro de los 90 días de firmado el contrato	25%
5	Informe 1er cuatrimestre 2022 de indicadores cuatrimestrales.	A los 60 días de vencido el plazo de la presentación de la matriz de indicadores, correspondiente al 1er cuatrimestre 2022, por parte de la jurisdicción o a los 105 días de firmado el contrato, lo que ocurra en último término.	20 %

Anexo I: Criterios de cumplimiento para indicadores obligatorios.

Nº	INDICADOR	DEFINICIÓN	Medios de verificación posibles
1	<p><i>Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de DM2 / Población de 18 años y más de la jurisdicción con CPE con DM2, según estimaciones</i></p>	<p>Numerador: Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de DM2 Fuente de información: SISA, sistemas de información provinciales y de programas nacionales.</p> <p>Denominador: Población de 18 años o más de la jurisdicción con cobertura pública exclusiva estimada, ajustada por la prevalencia provincial de DM2, según la ENFR 2018. Fuente de información: Proyección de población con CPE Sumar, ajustada según prevalencia de ENFR.</p> <p>Desagregación por sexo y efector.</p>	<p>Historia clínica y/o registros clínicos del paciente. Sistema de registros del efector. Padrón con datos de la población del área de referencia diagnosticada con DM2.</p>
2	<p><i>Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de HTA / Población de 18 años y más de la jurisdicción con CPE con HTA, según estimaciones</i></p>	<p>Numerador: Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de HTA Fuente de información: SISA, sistemas de información provinciales y de programas nacionales.</p> <p>Denominador: Población de 18 años o más de la jurisdicción con cobertura pública exclusiva estimada, ajustada por la prevalencia provincial de hipertensión arterial, según la ENFR 2018. Fuente de información: Proyección de población con CPE Sumar, ajustada según prevalencia de ENFR.</p> <p>Desagregación por sexo y efector.</p>	<p>Historia clínica y/o registros clínicos del paciente. Sistema de registros del efector. Padrón con datos de la población del área de referencia diagnosticada con HTA.</p>

Nº	INDICADOR	DEFINICIÓN	Medios de verificación posibles
3	<p><i>Personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10%, con consulta de seguimiento anual / Personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10%</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10% con al menos una consulta de seguimiento anual. Fuente de información: SISA, sistemas de información de programas provinciales y nacionales.</p> <p>Denominador: Cantidad de personas de 18 años y más clasificadas con riesgo cardiovascular elevado. Fuente de información: SISA, registro de personas clasificadas con RCVG mayor a 10% al 31/12/2020</p> <p>Desagregación por sexo y efector</p> <p>Una consulta de seguimiento es aquella en la cual la persona clasificada con</p>	<p>Registro clínico del efector, en el que conste la consulta de seguimiento, con firma y sello del/la profesional que realizó la consulta.</p>
		<p>riesgo cardiovascular elevado es evaluada/controlada por un integrante del equipo de salud del EPNA de referencia, según lo definido en las guías de práctica clínica y las rutas asistenciales.</p> <p>A los efectos de la medición del indicador, se considera persona en seguimiento a aquella que haya realizado al menos una consulta de seguimiento en el año de medición (año calendario).</p>	
4	<p><i>Cantidad de efectores del PNA, SNA y TNA incorporados al Programa Redes que prestan servicios de Telesalud / Total de efectores de PNA y SNA de la jurisdicción</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de efectores de primer y segundo nivel incorporados al Programa Redes que prestan servicios de Telesalud. Fuente de información: plataforma de Telesalud, plataforma de registro jurisdiccional, HC.</p> <p>Denominador: Cantidad de efectores de la jurisdicción. Fuente de información: Proyecto jurisdiccional.</p> <p>Un efector presta servicios de Telesalud si utiliza la plataforma con un usuario activo (es el usuario que está dado de alta en un establecimiento de la red), en la estrategia de teleasistencia.</p>	<p>Actualización de efectores y usuarios por plataforma telesalud. La plataforma cuenta con un nivel de usuario auditor (permisos específicos de lectura), para poder realizar la verificación correspondiente.</p>

Nº	INDICADOR	DEFINICIÓN	Medios de verificación posibles
5	<p><i>Cantidad de EPNA que brindan acceso a prácticas para la atención de ECNT (a través de servicios propios o mediante acuerdos formales de derivación) / Total de EPNA de la jurisdicción</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de EPNA que brindan acceso a prácticas para la atención de ECNT (a través de servicios propios o mediante acuerdos formales de derivación). Fuente de información: a acordar con la jurisdicción.</p> <p>Denominador: Cantidad de EPNA de la jurisdicción. Fuente de información: Proyecto jurisdiccional.</p> <p>Un efector realiza prácticas descentralizadas cuando cuenta con el servicio y/o equipamiento permanentes, hace los arreglos para prestar el servicio en otro efector o participa de un circuito o ronda. La información debe estar desagregada por efector, considerando que cada uno brinde el servicio o cuente con circuito para electrocardiograma y ecografía. El efector que realice o cuente con circuito para la realización de una sola de estas prácticas, no contará para el indicador.</p>	<p>Registro de turnos del especialista o de prácticas y/o Registro de la práctica. Planillas de atención de especialistas, sistema informático, etc.</p>

6	<p><i>Cantidad de efectores del PNA que desarrollan / actualizan su oferta guía de servicios para facilitar el acceso de las personas con ECNT a una atención continua y de calidad / Cantidad de EPNA de la jurisdicción</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de efectores del PNA que desarrollan / actualizan su oferta - guía de servicios para facilitar el acceso de las personas con ECNT a una atención continua y de calidad. Fuente de información: a acordar con la jurisdicción.</p> <p>Denominador: Cantidad de EPNA de la jurisdicción. Fuente de información: Proyecto jurisdiccional.</p> <p>En el marco de los PJI de Redes 3, se estimuló el desarrollo de guías de servicios que permitieran la comunicación oportuna y efectiva de la oferta de los efectores, modalidades de solicitud de turnos y los circuitos de atención, para facilitar el acceso de las personas. Se espera que las jurisdicciones actualicen las guías de servicios en función del contexto sanitario, incorporando también a los efectores que se suman en la nueva etapa de ampliación del Programa. La jurisdicción debe presentar una copia de la guía, de acuerdo con el formato que haya seleccionado, en la que conste la cantidad de efectores incluidos en la misma, y la información obligatoria definida por el Programa.</p>	<p>Guía de servicios actualizada, en el formato definido por la jurisdicción (papel, página web, aplicación, etc.) Registro y funcionamiento de las Guías de Servicios en el sitio Web designado por la jurisdicción</p>
---	---	--	--

7	<p><i>Cantidad de efectores de PNA y SNA comprendidos en flujogramas definidos para la implementación de las rutas asistenciales priorizadas / Cantidad de efectores de PNA y SNA de la jurisdicción</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de efectores de PNA y SNA comprendidos en flujogramas definidos para la implementación de las rutas asistenciales priorizadas (contempla red de telesalud). Fuente de información: a acordar con la jurisdicción.</p> <p>Denominador: Cantidad de EPNA y ESNA de la Jurisdicción Fuente de información: proyecto jurisdiccional.</p> <p>Un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.). Incluye la red de telesalud.</p>	<p>Registro de rutas asistenciales en efectores del PNA y SNA, y/o Sistema de registro de información del efector o de la unidad jurisdiccional que corresponda.</p>
8	<p><i>Cantidad de efectores del PNA que implementan estrategias de búsqueda activa - recaptación de pacientes con ECNT/ Cantidad de EPNA de la jurisdicción</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de efectores <i>que</i> implementan estrategias de búsqueda activa - recaptación de pacientes con ECNT. Fuente de información: a acordar con la jurisdicción.</p> <p>Denominador: Cantidad de EPNA de la Jurisdicción Fuente de información: proyecto jurisdiccional.</p> <p>La búsqueda y recaptación de pacientes se realiza para establecer la continuidad en la asistencia y los tratamientos. Incluye todas las visitas a domicilio, llamados telefónicos, mensajes de texto o WhatsApp realizadas durante el horario ordinario de funcionamiento de los EPNA, a los efectos de dar continuidad asistencial o re-captar a las personas con ECNT. Excluye las visitas a domicilio realizadas en horario de atención a urgencias o por dispositivos específicos de urgencias y emergencias.</p>	<p>Registro de las visitas a domicilio realizadas en efectores del PNA, y/o Sistema de registro de información del efector o de la unidad jurisdiccional que corresponda.</p>

9	<p><i>Cantidad de efectores del PNA y SNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud orientadas al abordaje de COVID-19 / Cantidad de efectores del PNA y SNA de la jurisdicción</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de efectores del PNA y SNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de RIIS orientadas al abordaje de COVID-19 Fuente de información: acuerdos de gestión / normativa jurisdiccional (a acordar con la jurisdicción)</p> <p>Denominador: Cantidad de efectores del PNA y SNA de la jurisdicción identificados para el PJI. Fuente de información: Proyecto jurisdiccional.</p> <p>El abordaje de COVID-19 tiene como objetivo contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad y a mitigar los demás efectos indirectos de la pandemia sobre la salud. El desarrollo de las redes integradas e integrales de salud para abordaje de COVID-19 debe estar formalizado en los acuerdos de gestión firmados por efectores del PNA y SNA, o en una normativa jurisdiccional que defina roles y responsabilidades.</p>	<p>Documento formal con el Acuerdo de Gestión firmado, que incluya el registro de información de los efectores que participan en el abordaje del COVID-19, en la unidad jurisdiccional que corresponda.</p>
10	<p><i>Cantidad de EPNA y ESNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud / Cantidad de efectores del PNA y SNA de la jurisdicción</i></p>	<p>Numerador: Cantidad de efectores del PNA y SNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud. Fuente de información: acuerdos de gestión / a acordar con la jurisdicción.</p> <p>Denominador: Cantidad de efectores del PNA y SNA de la jurisdicción identificados para el PJI. Fuente de información: Proyecto jurisdiccional.</p> <p>El desarrollo de redes integradas e integrales de salud, incluye a todos los efectores de las redes formales de servicios y cuidados sanitarios en el primer, segundo y tercer nivel de atención, que abarquen el 100% de la población con cobertura pública exclusiva.</p>	<p>Documento formal con el Acuerdo de Gestión firmado, que incluya el registro de información de los efectores que participan en el desarrollo de la red, en la unidad jurisdiccional que corresponda.</p>

INDICADORES DE MEDICIÓN DE DESEMPEÑO CUATRIMESTRAL.

1. Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de DM2.

Se considera nominalizada/identificada a la persona registrada en un efector de la jurisdicción, que haya sido dada de alta al Programa de diabetes, o a quien se haya identificado su condición a partir de valores de glucemia elevada (mayor a 125 mg/dl), hemoglobina glicosilada mayor a 6,5% y/o cuente con indicación de medicamentos hipoglucemiantes orales.

Para la construcción de la línea de base, deben considerarse todas las personas de 18 años y más con DM2, de acuerdo con los reportes de clasificación de SISA al 31 de diciembre de 2020, desde el inicio del Programa Redes (mayo-agosto 2010). La información debe estar desagregada por efector y por sexo y contemplar la información disponible de los efectores que se incorporan al programa en la etapa de ampliación del Programa.

Para la rendición del indicador cada jurisdicción deberá enviar mediante DDJJ, desagregado por efector y por sexo, la cantidad de personas con 18 años y más, identificadas con DM2 en la jurisdicción, para lo cual se tomarán en cuenta los datos cargados en SISA y en otros sistemas de información provinciales y/o nacionales, según se haya acordado con la jurisdicción al momento del armado de la línea de base. Los medios de verificación serán la historia clínica y/o los registros clínicos que permitan dar cuenta del diagnóstico de DM2.

Los datos obligatorios para dar cuenta de la identificación de una persona con DM2 son los siguientes: nombre y apellido de la persona, DNI, fecha de nacimiento, sexo, fecha de clasificación por diagnóstico de DM2, ID y nombre del efector de la consulta.

La unidad de tiempo utilizada para la medición del indicador es cuatrimestral y se evaluará el valor con corte transversal, al momento del cierre de cada cuatrimestre, de modo de evitar duplicación de registros.

2. Población a cargo de 18 años y más con CPE nominalizada, con diagnóstico de HTA.

Se considera nominalizada/identificada a la persona registrada en un efector de la jurisdicción, que haya sido dada de alta al Programa de HTA, o a quien se haya identificado su condición a partir de valores de tensión arterial mayor a 140/90 mm de Hg y/o cuente con indicación de medicamentos antihipertensivos.

Para la construcción de la línea de base del numerador deben considerarse todas las personas de 18 años y más clasificadas con HTA de la red, de acuerdo con el reporte de SISA al 31 de diciembre de 2020, desde el inicio del Programa Redes (mayo-agosto 2010). La información debe estar desagregada por efector y por sexo y contemplar la información disponible de los efectores que se incorporan al programa en la etapa de ampliación del Programa.

Para la rendición del indicador cada jurisdicción deberá enviar mediante DDJJ, desagregado por efector y por sexo, la cantidad de personas de 18 años y más, identificadas con hipertensión en la jurisdicción, para lo cual se tomarán en cuenta los datos cargados en SISA y en otros sistemas de información provinciales y/o nacionales, según se haya acordado con la jurisdicción al momento del armado de la línea de base. Los medios de verificación serán la historia clínica y/o los registros clínicos que permitan dar cuenta del diagnóstico de HTA.

Los datos obligatorios para dar cuenta del diagnóstico de HTA de las personas incluidas en el reporte son los siguientes: nombre y apellido de la persona, DNI, fecha de nacimiento, sexo, fecha de clasificación por diagnóstico de HTA, ID y nombre del efector de la consulta. Esta información será utilizada para la validación y auditoría posterior del indicador.

La unidad de tiempo utilizada para la medición del indicador es cuatrimestral y se evaluará el valor con corte transversal, al momento del cierre de cada cuatrimestre, de modo de evitar duplicación de registros.

3. Personas de 18 años y más con CPE clasificadas con RCVG mayor a 10%, con consulta de seguimiento anual.

Una consulta de seguimiento es aquella en la cual la persona de 18 años y más, clasificada con RCVG mayor a 10% es evaluada/controlada por un integrante del equipo de salud de los EPNA o ESNA de referencia, según lo definido en las guías de práctica clínica y las rutas asistenciales.

A los efectos de la medición del indicador, una persona en seguimiento es aquella que haya realizado al menos una consulta de seguimiento en el año de medición, considerando el año calendario.

De acuerdo con las pautas de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, se considera persona con riesgo cardiovascular elevado la que cumple con las siguientes condiciones, que tiene indicación de recibir estatinas.

1. En población de 40 años a 69 años, sin enfermedad cardiovascular establecida, aquella que presente al menos tres de las siguientes condiciones (factores de riesgo cardiovascular):

- Sexo masculino.
- Hipercolesterolemia: LDL entre 160 mg/dl y 189 mg/dl o bien Colesterol Total entre 240 y 299 mg/dl o bien índice de Castelli (Colesterol total/LDL) igual o mayor a 4,5.
- Hipertensión arterial.
- Sobrepeso/obesidad (IMC igual o mayor a 25 kg/m²).
- Tabaquismo (quienes fuman algunos o todos los días).
- Antecedentes familiares de primer grado de ECV precoz (antes de los 50 años en familiares de sexo masculino, antes de los 60 años en familiares de sexo femenino).
- Menopausia antes de los 40 años.

o bien, quienes cuenten con cálculo de riesgo cardiovascular global (RCVG) igual o mayor al 10% a 10 años.

2. En población adulta sin enfermedad cardiovascular establecida, con valores muy elevados de alguno de los siguientes:

- LDL igual o mayor a 190 mg/dl
- Colesterol total igual o mayor a 300 mg/dl

3. En adultos de 40 años o más con Diabetes Mellitus sin enfermedad cardiovascular establecida, asociada a uno o más factores de riesgo cardiovasculares, se recomienda ofrecer el uso de estatinas de intensidad moderada para reducir los valores de colesterol, prevenir un primer evento cardiovascular mayor y reducir la mortalidad.

Dado que los reportes se realizarán en forma cuatrimestral a través de DDJJ, las mediciones serán por corte transversal al cierre cada cuatrimestre, de modo de evitar la duplicación de registros.

El medio de verificación que se tomará en cuenta será la Historia Clínica y/o registros clínicos del efector, donde consten los datos del paciente, la consulta realizada y firma y sello del/la profesional.

Para la rendición del indicador cada jurisdicción deberá enviar mediante DDJJ, desagregado por efector y por sexo, la cantidad de personas con consulta de seguimiento en el período correspondiente, para lo cual se tomarán en cuenta los datos cargados en SISA y en otros sistemas de información provinciales y/o nacionales, según se haya acordado con la jurisdicción al momento del armado de la línea de base. Con respecto a la edad, se considera a las personas que tengan 18 años o más al momento del cierre del cuatrimestre reportado. Los medios de verificación serán la historia clínica y/o los registros clínicos que permitan dar cuenta de las condiciones señaladas y la consulta de seguimiento correspondiente.

Los datos obligatorios para dar cuenta del seguimiento de las personas incluidas en el reporte son los siguientes: nombre y apellido de la persona, DNI, fecha de nacimiento, sexo, fecha de clasificación por RCVG y/o prescripción de estatinas, fecha de la consulta de seguimiento, ID y nombre del efector de la consulta.

Se considera caso válido a aquellas personas con 18 años y más, que estén clasificada con RCVG mayor a 10% (es decir, se excluye riesgo bajo) al 31 de diciembre de 2020, que registre al menos una consulta de seguimiento en 2021. La consulta de seguimiento es aquella en que se registra una evaluación o control de salud por parte de un profesional de la salud, que incluya al menos una de las siguientes prestaciones:

- Medición de tensión arterial.
- Prescripción de medicamentos antihipertensivos, hipoglucemiantes, estatinas.
- Solicitud y/o recepción de resultados de estudios de laboratorio y/o complementarios.
- Control de IMC.
- Consulta nutricional.
- Consulta para cesación tabáquica.
- Consulta cardiológica.

4. Cantidad de efectores del primer y segundo nivel incorporados al Programa Redes que prestan servicios de Telesalud.

Un efector presta servicios de Telesalud si utiliza la plataforma con un usuario activo (es el usuario que está dado de alta en un establecimiento de la red), en la estrategia de teleasistencia.

Se define como prestador de servicios de Telesalud de la Red Federal de Telesalud y Comunicación a Distancia a aquel establecimiento que utilice la Plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia y/o el sistema de videoconferencias, en los meses comprendidos en el cuatrimestre objeto de la medición.

La unidad de tiempo utilizada para la medición del indicador es cuatrimestral y se evaluará el valor con corte trasversal al cierre de cada cuatrimestre, de modo de evitar la duplicación de registros entre períodos.

El medio de verificación que se tomará en cuenta será la actualización de efectores y usuarios por plataforma Telesalud. La Plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia cuenta con un nivel de usuario auditor (permisos específicos de lectura), para poder realizar la verificación correspondiente y permite la obtención de reportes, que serán validados por la Coordinación de Telesalud.

INDICADORES DE MEDICIÓN DE DESEMPEÑO ANUAL.

Este grupo de indicadores forma parte de la matriz que deben presentar las jurisdicciones en el marco del hito 1 de diagnóstico y proyecto de fortalecimiento de redes. Están asociados a procesos priorizados por el Programa.

5. Cantidad de EPNA que brindan acceso a prácticas para la atención de ECNT.

Este indicador permite identificar avances y desarrollos en el armado de las redes para garantizar el acceso a prácticas de diagnóstico como electrocardiograma y ecografía, ya sea a través de servicios propios o mediante circuitos de atención, lo que contribuye también a mejorar la eficiencia del sistema.

Un efector realiza prácticas descentralizadas (electrocardiograma y ecografía) cuando cuenta con el servicio y/o equipamiento permanente, hace los arreglos para prestar el servicio en otro efector o participa de un circuito o ronda. El efector que realice o cuente con circuito para la realización de una sola de estas prácticas, no contará para el indicador.

Para la medición del indicador, la jurisdicción debe presentar la información desagregada por efector, considerando que cada uno brinde el servicio o cuente con circuito para electrocardiograma y ecografía. El medio de verificación que se tomará en cuenta será el registro de turnos de prácticas y/o registro del servicio del personal que realizó la práctica.

La unidad de tiempo utilizada para la medición del indicador es anual, con presentación de avances en las declaraciones juradas cuatrimestrales.

6. Cantidad de efectores que desarrollan / actualizan su oferta - guía de servicios de salud.

En el marco de los PJI de Redes 3, se estimuló el desarrollo de guías de servicios que permitieran la comunicación oportuna y efectiva de la oferta de los efectores, modalidades de solicitud de

turnos y los circuitos de atención, para facilitar el acceso de las personas a los servicios de salud. Estas guías estaban acompañadas de una estrategia de difusión y actualización que se vio dificultada por el contexto sanitario.

La pandemia por COVID-19 ha afectado gravemente los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos destinados a las personas que viven con ECNT. En este marco, resulta fundamental que las personas cuenten con la información actualizada de la oferta de servicios de los efectores del PNA y de las modalidades de acceso, para poder hacer un uso efectivo de los mismos.

Para que esto sea posible, el sistema tiene que garantizar la disponibilidad de información práctica, clara y precisa acerca de la oferta y el funcionamiento de la red de servicios de salud de su territorio, así como de los canales o circuitos disponibles para acceder a una atención continua y de calidad, actualizando la oferta de servicios, a través de los canales de comunicación (incluidas las redes sociales) dirigidas a toda la población.

En este sentido, se espera que las guías actualizadas o a desarrollar detallen cómo es el manejo de las urgencias, cómo se accede a cada centro de salud (medios de transporte - mapa), los horarios de atención, modalidad para sacar turnos, acceso a sistemas de Telesalud, existencia de guardias médicas, de enfermería, estudios complementarios, prácticas, etc.

Se espera entonces que las jurisdicciones actualicen las guías de servicios en función del contexto sanitario, incorporando también a los efectores que se suman en la nueva etapa de ampliación del Programa, para que las personas estén informadas acerca de servicios de prevención, atención y seguimiento tanto para la sospecha y diagnóstico por COVID-19, como para quienes tienen ECNT y necesitan realizarse controles de salud, prácticas o acceder a medicamentos para iniciar o continuar con sus tratamientos.

Para la medición del indicador, la jurisdicción debe presentar una copia de la guía, de acuerdo con el formato que haya seleccionado (papel, página web, aplicación para celulares, etc.), en la que conste la cantidad de efectores incluidos en la misma, y la información obligatoria definida por el Programa. En el caso de los efectores que ya formaban parte de las guías desarrolladas durante Redes 3, deberá indicarse la última fecha de actualización del dato y la incorporación de nueva información relacionada con los ejes del proyecto (por ej: redes de atención COVID-19, acceso a consultas de telesalud, etc.). Cuando se trate de guías de servicios en papel, debe constar la efectiva distribución de éstas a la población.

La unidad de tiempo utilizada para la medición del indicador es anual, con presentación de avances en las declaraciones juradas cuatrimestrales.

7. Cantidad de efectores comprendidos en flujogramas definidos para la implementación de las rutas asistenciales priorizadas.

Una ruta asistencial, es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los 16 servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.) en los distintos niveles de complejidad.

El indicador busca identificar los avances en el alcance de la implementación de las rutas asistenciales, en términos no solo de la cantidad de efectores, sino de su distribución geográfica y la población beneficiada por esta estrategia.

Para la medición del indicador, las jurisdicciones deberán presentar información desglosada por efector, que permita identificar su participación en los flujogramas definidos para las rutas asistenciales. En este sentido, los medios de verificación podrán ser el registro de rutas asistenciales en efectores del PNA y SNA, los flujogramas elaborados y publicados por las autoridades sanitarias locales / jurisdiccionales, los acuerdos de gestión que incluyan explícitamente los flujogramas con efectores alcanzados, y otros que puedan surgir en acuerdo de la UEC con las jurisdicciones, de acuerdo con su estrategia sanitaria.

La unidad de tiempo utilizada para la medición del indicador es anual con presentación de reporte cuatrimestral en las DDJJ, para facilitar el monitoreo periódico.

8. Cantidad de efectores que implementan estrategias de búsqueda activa - recaptación de pacientes con ECNT.

La pandemia por COVID-19 ha afectado gravemente los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos destinados a las personas que viven con ECNT. En este marco, resulta fundamental que los servicios asistenciales implementen estrategias que impidan el abandono de controles y tratamientos de su población a cargo.

Para garantizar la continuidad asistencial, se plantea la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de las ECNT.

El indicador requiere una estrategia para la búsqueda y recaptación de pacientes para establecer esta continuidad en los tratamientos. Incluye todas las visitas a domicilio, llamados telefónicos, mensajes de texto o WhatsApp, realizadas durante el horario ordinario de funcionamiento de los EPNA. Excluye las acciones realizadas en horario de atención a urgencias o por dispositivos específicos de urgencias y emergencias.

De acuerdo con la necesidad de asistencia y a los criterios establecidos, el equipo de salud que participe de las acciones de búsqueda activa o recaptación de personas podrá estar conformado por médicos/as, enfermeros/as, promotores/as de salud, agentes sanitarios/as.

Los medios de verificación para la medición de este indicador son los registros en el efector de visitas domiciliarias o seguimiento por llamado telefónico, mensajes de texto o WhatsApp, donde consten las personas contactadas, acciones realizadas (cuestionario aplicado, tema abordado, información registrada), resultado del contacto (inclusión en listado para contacto con profesional médico/a, asignación de turno, etc.), a partir de un sistema de alerta o fichero cronológico que facilite la organización de la estrategia de búsqueda activa.

Otros medios de verificación que podrán considerarse para la medición de este indicador son los registros de pacientes contactados 48 horas después del alta hospitalaria, registros de la continuidad de tratamiento farmacológico después de hospitalización, etc.

El Programa brindará un detalle de la información obligatoria para el registro de estrategias de búsqueda activa y recaptación de personas con ECNT. La unidad de tiempo utilizada para la medición del indicador es anual con presentación de reporte cuatrimestral en las DDJJ, para facilitar el monitoreo periódico.

9. Cantidad de efectores que tienen formalizada una RIISS COVID-19, mediante la firma de acuerdos de gestión.

Mediante este indicador se busca identificar el alcance de la formalización de RIISS para el abordaje de COVID-19 en las jurisdicciones y promover la formalización de circuitos de testeo y atención.

Los efectores que tienen formalizada una RIISS COVID-19 del PNA y SNA, son aquellos que forman parte de los acuerdos de gestión en red mencionados en el indicador 1, en un apartado específico para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud orientadas al abordaje de COVID-19. O bien, son los que se encuentran incluidos en alguna normativa jurisdiccional que defina roles y responsabilidades de los efectores en el marco de una red de abordaje de esta enfermedad.

El abordaje del COVID-19 tiene como objetivo contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad por COVID-19 y a mitigar los demás efectos indirectos de la pandemia sobre la salud. De este modo, se busca mejorar la detección y seguimiento de los casos, fortalecer las estrategias para la interrupción de la cadena de transmisión de la enfermedad y mejorar la capacidad de respuesta ante los casos confirmados. También, se contribuye a la mejora en la gestión de otras patologías y garantizar la continuidad de la atención de personas con enfermedades crónicas.

El medio de verificación que se tomará en cuenta será el documento formal con el acuerdo de gestión firmado, que cumpla con los requisitos pautados por la UEC y que incluya el registro de información de los efectores que participan en el desarrollo de la red para abordaje de COVID-19, en la unidad jurisdiccional que corresponda.

Para la rendición del indicador cada jurisdicción deberá reportar el listado de efectores que forman parte del o los acuerdos de gestión formados en el año correspondiente, señalando el código y tipología SISA correspondiente, de modo de identificar los que corresponden al primer o segundo nivel de atención. Para ello utilizarán un formulario único elaborado por la UEC para tal fin, que contendrá la información obligatoria y deberá ser remitido al Programa por DDJJ, para su posterior validación y verificación por auditoría externa concurrente.

10. Cantidad de efectores del PNA y SNA que participan de Acuerdos de Gestión para el desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud.

A través de este indicador se busca identificar los avances en la formalización de redes de servicios de salud en las jurisdicciones, mediante la firma de acuerdos de gestión. Se entiende

por efector del PNA y SNA con acuerdo de gestión firmado a aquel incluido en el proyecto jurisdiccional que forma parte del mencionado acuerdo, en cumplimiento de las pautas definidas por el Programa.

El medio de verificación que se tomará en cuenta será el documento formal con el Acuerdo de Gestión firmado, que incluya el registro de información de los efectores que participan en el desarrollo de la red, en la unidad jurisdiccional que corresponda. Desde la UEC se brindarán los lineamientos para la firma de los acuerdos de gestión entre establecimientos de la red con el nivel central (provincial, municipal, regiones sanitarias), que deberán contener:

- Explicitación de la cartera de servicios, funciones y responsabilidades de cada componente de la red.
- Creación de centros coordinadores de las redes territoriales.
- Definición de modelos de trabajo para el buen funcionamiento de la continuidad asistencial que sirvan de enlace entre los diferentes niveles de atención (nodos de articulación, gestión de casos, nuevos roles de la gestión de servicios).
- Flujo de datos e información uniforme y bidireccional entre los niveles asistenciales.
- Definición de otros instrumentos de soporte y de apoyo no clínicos comunes (centrales de turnos, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos, sistema de transporte sanitario).
- Implementación de instrumentos que integren los servicios clínicos y asistenciales en un proceso único y coherente (esquemas de capacitaciones del RRHH, protocolos y guías clínicas multinivel para los principales procesos asistenciales de la red).

Para la rendición del indicador cada jurisdicción deberá reportar el listado de efectores que forman parte del o los acuerdos de gestión firmados en el período seleccionado, señalando el código y tipología SISA, de modo de identificar los que corresponden al primer o segundo nivel de atención. Para ello utilizarán un formulario único elaborado por la UEC para tal fin, que contendrá la información obligatoria y deberá ser remitido al Programa por DDJJ, para su posterior validación y verificación por auditoría externa concurrente.

Anexo II: Criterios para la evaluación del proceso priorizado relacionado con Salud Digital.

Para la evaluación general del POI, se plantea utilizar en primera instancia los indicadores de cobertura en salud digital según el nivel de madurez en salud digital por parte de las jurisdicciones de la siguiente manera:

Indicador	
Porcentaje de población con CPE (cobertura pública exclusiva) con HCE.	<u>Numerador</u> : Población con CPE registrada en efectores de Redes con HCE
	<u>Denominador</u> : Porcentaje de personas con CPE registradas en el federador nacional.
Porcentaje de personas con CPE registradas en el federador nacional.	<u>Numerador</u> : Personas con CPE registradas en el federador nacional
	<u>Denominador</u> : Población con CPE de los efectores de Redes 3
Porcentaje de prescripciones de medicamentos realizadas de manera electrónica en el último mes	<u>Numerador</u> : Cantidad de prescripciones realizadas de manera electrónica en el último mes
	<u>Denominador</u> : Total de prescripciones realizadas en el último mes

Anexo III: Cantidad estimada de establecimientos por jurisdicción que participarán de cada indicador.

Jurisdicción	Nº efectores PNA	Nº efectores SNA y TNA	Total
Buenos Aires	2.015	232	2.247
CABA	46	26	72
Catamarca	87	3	90
Chaco	133	3	136
Chubut	82	7	89
Córdoba	666	41	707
Corrientes	287	44	331
Entre Ríos	183	20	203
Formosa	301	8	309
Jujuy	201	6	207
La Pampa	56	4	60
La Rioja	78	8	86
Mendoza	258	18	276
Misiones	297	13	310
Neuquén	116	4	120
Río Negro	126	6	132
Salta	155	9	164
San Juan	151	16	167
San Luis	102	3	105
Santa Cruz	37	10	47
Santa Fe	548	121	669
Santiago del Estero	135	6	141
Tierra del Fuego	17	2	19
Tucumán	298	7	305
TOTAL	6.375	617	6.992



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico firma conjunta

Número:

Referencia: TDR contratación auditoría Redes de Salud.

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 39 pagina/s.